FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 **N° 31**

DE LA

PRONATION DOULOUREUSE

des

PETITS ENFANTS

SUBLUXATION DU RADIUS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VAUVRAY Henri-Albert

Né le 13 Novembre 1885, à Remiremont (Vosges)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur . .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur . .	*Juges.*
	FRŒLICH	agrégé	
	L. SPILLMANN	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 **N° 31**

DE LA

PRONATION DOULOUREUSE

des

PETITS ENFANTS

SUBLUXATION DU RADIUS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VAUVRAY Henri-Albert

Né le 13 Novembre 1885, à Remiremont (Vosges)

ACAD. NANCY-METZ BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur . .	*Président*
	HAUSHALTER	professeur . .	*Juges.*
	FRŒLICH	agrégé	
	L. SPILLMANN	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1910

UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⓘ; NICOLAS, I ⓘ; PRENANT, I ⓘ

Professeurs : MM.

Clinique médicale	BERNHEIM, ✻, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⓘ.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⓘ.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, I ⓘ.
Thérapeutique et Matière médicale	SCHMITT, I ⓘ.
Physiologie	MEYER, I ⓘ.
Pathologie gén. et Pathologie interne	SIMON, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⓘ.
Medecine légale	PARISOT, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⓘ.
Histologie	BOUIN, I ⓘ.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ⓘ.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, I ⓘ.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⓘ.

Chargés de Cours : MM.

Clinique des maladies des vieillards	ETIENNE, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ⓘ, agrégé.
Accouchements	SCHUHL, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⓘ, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⓘ, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⓘ, id.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⓘ, agrégé.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⓘ.
Médecine opératoire	MICHEL, A ⓘ, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ⓘ.	MM. RICHON, A ⓘ.	MM. DUFOUR, A ⓘ.
L. SPILLMANN, A ⓘ.	G. GROSS, A ⓘ.	SENCERT, A ⓘ.
MICHEL, A ⓘ.	FRUHINSHOLZ, A ⓘ.	ROBERT, A ⓘ.
HOCHE, I ⓘ.	COLLIN, A ⓘ.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ⓘ, FÉVRIER, O ✻, I ⓘ, ETIENNE, I ⓘ,
ZILGIEN, A ⓘ, FRŒLICH, I ⓘ, SCHUHL, I ⓘ, JACQUES, I ⓘ, ANDRÉ, I ⓘ.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ⓘ, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA TANTE ET A MON ONCLE MARC

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Fidèle à la tradition, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour adresser à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy, l'hommage de notre respect et de notre gratitude.

Nous tenons tout d'abord à témoigner notre vive reconnaissance à M. le Professeur agrégé Frœlich, le maître estimé qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Nous le remercions ici de son amabilité et de sa complaisance à notre égard. Grâce à ses excellents conseils et à son expérience, nous avons pu parfaire cette étude. C'est lui aussi qui a eu l'amabilité de nous communiquer les observations inédites qui sont à la fin de cette thèse.

Nous prions M. le Professeur Weiss d'accepter ici tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse. C'est lui qui le premier nous enseigna, en

des leçons brillantes qui resteront toujours gravées dans notre esprit, les principes de la Pathologie externe et de la Chirurgie moderne.

Nous tenons aussi à remercier et à témoigner notre vive reconnaissance à M. le Professeur Haushalter, qui nous a appris à connaître et à diagnostiquer les maladies des enfants. Nous nous rappellerons toujours avec plaisir ses leçons si intéressantes et surtout si pratiques qui seront pour nous un guide sûr dans la pratique de la médecine infantile.

Que M. le Professeur Rohmer, dont nous avons suivi la clinique d'ophtalmologie avec intérêt et admiration, veuille bien accepter nos plus respectueux remerciements.

Que MM. les Professeurs Spillmann et Bernheim, veuillent bien recevoir l'expression de notre vive gratitude pour les savantes et précieuses leçons cliniques médicales qu'ils nous ont données.

Grâce aux leçons si claires et si précises de M. le Professeur agrégé L. Spillmann, nous avons pu démêler et étudier avec fruit la Pathologie et le traitement de la Dermatologie. Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

C'est à M. le Professeur agrégé Fruhinsholz, que nous devons en grande partie nos connaissances obstétricales, grâce à son enseignement si clair et surtout à ses explications cliniques si pratiques. Nous l'en remercions sincèrement.

Nous n'oublierons pas ici nos autres maîtres de la Faculté. Que M. le Professeur Gross, doyen de la Faculté, MM. les Professeurs Herrgott et Simon ainsi

que MM. les Professeurs agrégés Richon et G. Gross, soient assurés de notre profonde reconnaissance.

Nous sommes également heureux de saisir l'occasion qui nous est offerte pour remercier de leur sympathie les amis que des études communes nous ont procurés, en particulier, le Docteur Texier, qui vécut avec nous des heures trop brèves de culture intellectuelle et physique.

INTRODUCTION

Division du sujet

Nous nous sommes proposé dans ce travail sur la pronation douloureuse des jeunes enfants d'abord de mettre au point une question de chirurgie infantile qui jusqu'ici a donné lieu à des controverses et à des articles variés.

De nombreux auteurs se sont occupés de cette pronation douloureuse, les uns ont donné des explications tout à fait contraires à la réalité ; les autres en ont aperçu une partie seulement, pour nous, nous pensons pouvoir en donner une explication juste et conforme à la réalité.

Dans un premier chapitre, nous définirons ce que nous entendons par la pronation douloureuse à l'aide d'une observation résumée type, nous nous efforcerons de montrer et de bien situer notre sujet.

Ensuite dans un second chapitre nous examinerons l'historique de la question. Nous verrons que pour

les uns, la pronation douloureuse est due à une luxation, que pour d'autres elle est due à une lésion nerveuse, que d'autres auteurs enfin ont émis l'hypothèse de subluxation sans l'étayer de faits précis.

Nous rechercherons ensuite l'étiologie. Nous verrons que cette lésion est produite par une traction vive sur l'avant-bras. Nous essayerons à l'aide d'une statistique de Broca de voir à quel âge et de quel côté cette lésion est la plus fréquente.

Puis nous nous efforcerons de montrer qu'il y a une prédisposition articulaire qui voue certains enfants à cette affection.

Nous décrirons les différents symptômes qui permettront au médecin de diagnostiquer à coup sûr cette pronation douloureuse.

L'anatomie pathologique nous arrêtera durant un chapitre, dans lequel nous ferons voir au lecteur que cette lésion est due à une subluxation de la tête radiale.

Nous parlerons enfin du pronostic de cette affection ainsi que du traitement, lequel est relativement simple et qui surtout a le mérite de guérir de suite le petit malade de sa douleur et de son impotence articulaire.

Enfin viendront les quatre observations inédites dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Frœlich, puis quelques observations les plus typiques de la littérature médicale.

CHAPITRE I

DÉFINITION

La pronation douloureuse des petits enfants est une maladie assez fréquente chez les enfants de 1 à 6 ans, elle est caractérisée par les symptômes suivants :

A la suite d'une traction violente sur un bras dans les conditions que nous étudierons plus loin, le petit malade pousse des cris et se plaint de ne plus pouvoir remuer l'avant-bras.

A un examen attentif, on remarque que tous les mouvements de l'avant-bras sont très douloureux ; en général le petit malade se refuse à exécuter tout mouvement.

Le bras pend le long du corps, l'avant-bras demi plié et en pronation. Si nous essayons de fléchir l'avant-bras sur le bras nous le faisons aisément, mais le malade accuse une douleur vive.

A la palpation de la partie antéro-externe de l'avant-bras, on sent généralement peu de chose, le plus souvent un léger déplacement de la tête radiale en avant, de plus, cette palpation est très douloureuse.

Tels sont les symptômes saillants de cette pronation douloureuse des petits enfants.

Cette pronation comme nous nous efforcerons de le démontrer ultérieurement, est due à une subluxation de la tête radiale, c'est-à-dire à une luxation incomplète, luxation incomplète qu'il ne faut pas confondre avec l'entorse, qui elle au niveau du coude est assez rare, et qui s'accompagne d'ecchymose, de distension des ligaments, sans déplacement des surfaces osseuses. En somme, c'est un état intermédiaire entre la luxation et l'entorse.

L'avantage pratique qu'il y a pour le médecin à bien connaître et à diagnostiquer cette subluxation est le suivant ; c'est qu'immédiatement et par une simple manœuvre de réduction, on rend au petit malade l'usage de son membre en même temps que l'on fait cesser d'une manière absolue les douleurs à la pression au niveau de la tête radiale.

De suite l'enfant peut retourner à son jeu, ainsi qu'en fait foi l'observation résumée suivante extraite de la thèse de Cuniot de Lyon, 1893.

Un enfant de 4 ans s'amuse avec son frère qui en le soulevant par les bras lui fait pousser des cris. Impotence fonctionnelle du coude gauche, un médecin est appelé qui réduit facilement. Retour immédiat des

fonctions et disparition instantanée de toute douleur, l'enfant retourne alors à ses jeux.

Cette observation est tout à fait caractéristique, elle résume admirablement l'étiologie, le symptôme et le caractère bénin de l'affection.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Cette affection qui est assez fréquente puisque Goyrand dit en avoir observé plus de 200 cas en l'espace de 30 ans, a été successivement dénommée « Eslongation » (Fournier), paralysie temporaire (Kennedy), paralysie douloureuse ou torpeur douloureuse des jeunes enfants (Chassaignac), paralysie éphémère (J. Simon), enfin pronation douloureuse des jeunes enfants (Broca).

Si de nombreux auteurs se sont occupés de cette question, tous sont loin de s'être trouvés d'accord sur son étiologie.

Il nous a paru intéressant d'en faire rapidement et en résumé l'historique, qui est assez embrouillé et a donné lieu à des explications qui examinées avec nos moyens d'investigations et nos connaissances cliniques actuelles paraissent pour le moins étranges.

Hippocrate le premier, dans son livre de chirurgie

sur les fractures et les luxations, fait mention de ces luxations incomplètes au sujet du traitement, il dit notamment au paragraphe XVII du Chapitre des Articulations.

« Dans le cas où l'articulation du coude se déplace ou se brise incomplètement soit vers les côtes, soit en dehors, c'est-à-dire en avant ou en arrière. Tandis que l'apophyse pointue (olécrane) reste dans la cavité de l'humérus, il faut pratiquer l'extension dans la direction du membre et repousser en arrière et du côté opposé la partie qui fait saillie. « Trad. Petrequin ».

Fournier D. en 1671, en parle ainsi : « la luxation « incomplète ou l'eslongation se fait par le relâche- « ment des ligaments qui sont abreuvés d'humidité ou « par une violente extension, principalement en des « sujets jeunes et délicats, comme aux enfants, laquelle « maladie le plus souvent se guérit ou du moins se « remet facilement. Et plus loin à propos du traite- « ment : lorsque le radius se luxe seul, il se remet faci- « lement en faisant une louable extension. »

Malgaigne, en 1855, dans son traité des fractures et des luxations reconnaît comme cause de cette subluxation qu'il appelle luxation incomplète du radius, une brusque traction exercée sur le radius, il reconnaît par la suite qu'elle est d'un diagnostic difficile et avoue même avoir méconnu les deux premiers cas qui se sont offerts à lui. Mais plus loin il dit que la réduction est des plus faciles.

Pour ces trois auteurs, cette pronation douloureuse avec impotence fonctionnelle dérive d'une luxation

plus ou moins complète, mais en tous cas, ils admettent qu'il y a des lésions de l'articulation.

Un certain nombre d'auteurs en font une affection du système nerveux.

En 1850, Kennedy décrit dans le *Dublin Quaterly*, journal de médecine, un article intitulé « Recherche sur quelques formes de paralysie qui se manifestent chez les enfants » ; il publie dans cet article 2 observations, qui parmi plusieurs présentent tous les caractères de la pronation douloureuse des enfants. Il décrit ce cas avec les paralysies infectieuses, ce qui explique les contradictions nombreuses relevées dans son travail.

En 1851, Rilliet et Barthez, la confondent avec la paralysie spinale infantile.

C'est encore Chassaignac qui fait une description magistrale de l'affection, puis après avoir constaté qu'il n'y a ni déformation, ni tuméfaction, ni ecchymose, il en fait une paralysie douloureuse ! qu'il appelle, « torpeur douloureuse des jeunes enfants ».

En 1873, West dans ses leçons sur les maladies des enfants dit qu'entre cette paralysie de Chassaignac et la véritable paralysie spinale, il ne voit aucune différence de nature, mais seulement d'intensité !

Lebaud, dans sa thèse de Paris en 1877, sur la pseudo-paralysie ou torpeur musculaire douloureuse des jeunes enfants se range nettement à l'avis de Chassaignac.

En 1892, Brunon, de Rouen, fait une communication à la Société de médecine de Rouen, sous ce titre « pseudo-paralysie infantile par auto-suggestion », cet

auteur présente 2 observations qui sont le tableau exact de la pronation douloureuse.

En 1895, il publie de nouveau dans la presse médicale un article sur ce sujet, dans lequel il explique la paralysie par une action inhibitrice déterminée par le traumatisme qui marque le début des symptômes.

Le docteur Demetrio Galatti, de Vienne, en 1903 dans l'*Anjou médical*, mai 1903, conclut que la paralysie douloureuse des jeunes enfants est une paralysie assez étrange survenant à la suite de tiraillements ou de contusions des membres supérieurs. Tous ces auteurs reconnaissent comme cause de cette affection une origine nerveuse.

En 1904, Lefebvre dans sa thèse sur l'élongation chez l'enfant n'admet pas ces théories nerveuses et décrit trois variétés dans la luxation par élongation.

La première variété où simplement la capsule se coincerait entre la cupule radiale et le condyle.

Une deuxième variété où le ligament annulaire passerait au-dessus de la cupule radiale et viendrait s'interposer entre elle et le condyle.

Enfin, une troisième variété caractérisée par la sortie hors de la synoviale de la cupule.

Enfin, en 1905, Broca dans une leçon clinique de chirurgie infantile sur la pronation douloureuse chez les enfants, réfute ainsi les différentes théories nerveuses de cette affection.

« Pour lui ces théories nerveuses sont insoute-
« nables. Depuis plus de dix ans, écrit-il, que je suis
« chargé du service fort actif de chirurgie infantile, j'ai
« observé un nombre considérable de cas semblables

« et toujours j'ai trouvé avec évidence une lésion « ostéo-articulaire expliquant l'impotence du membre « tiraillé. »

« Cette lésion pourra être par exception une entorse de l'épaule ou du poignet, par exception aussi une douleur à la pression, avec un peu de gonflement persistant pendant quelques jours au-dessus de la base de l'apophyse stiloïde radiale, vous permettra de diagnostiquer une de ces faibles amorces de décollement épiphysaire auxquelles Ollier donnait le nom d'entorse juxta épiphysaire.

« Mais, quoi qu'on en ait dit parfois pour cette dernière lésion, cela est exceptionnel, dans ces cas, on peut dire que c'est toujours au niveau du coude que l'exploration révèle des signes physiques et parmi les impotences provoquées par traction sur le membre supérieur c'est à celle-là seulement qu'il faut réserver le nom de pronation douloureuse. Comment concilier cette assertion avec celle des auteurs qui affirment l'absence fréquente de tout signe physique ? par une erreur évidente de ceux-ci : pour Chassaignac parce que, peu habitué à la chirurgie infantile, il n'a pas cherché à vérifier des descriptions que certainement il ignorait, d'après son mémoire, quoi qu'elles fussent en somme déjà classiques : pour ses successeurs parce que avant tout médecins, ils laissent facilement passer inaperçus des signes légers, qu'une main exercée ne méconnaît pas » (Broca).

En résumé, les premiers auteurs qui se sont occupés de la question : Hippocrate, Fournier, Malgaigne, en ont fait une luxation, ensuite Rilliet,

Barthey, Kennedy, West, Lebard, Brunon, de Rouen, Galatti en font une lésion nerveuse, puis Lefebvre dans une étude récente revient à la théorie articulaire, enfin Broca à l'avis duquel, nous nous rangeons entièrement, en fait une subluxation articulaire.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Il nous a paru intéressant avant d'entrer plus avant dans le sujet de cette thèse et afin d'éviter des redites ennuyeuses, d'exposer le plus brièvement possible l'anatomie de l'articulation radio-cubitale.

C'est une articulation à pivot :

Les surfaces articulaires sont les suivantes :

Du côté du radius, une facette cylindroïque, à peu près plane dans le sens vertical, mais convexe dans le sens horizontal.

Du côté du cubitus : la petite cavité sigmoïde de cet os, segment de cylindre creux.

Les ligaments réunissant ces surfaces articulaires entre elles sont :

Le ligament annulaire qui est une bandelette fibreuse très résistante, qui part de l'extrémité antérieure de la petite cavité sigmoïde du cubitus, vient se terminer sur son extrémité postérieure, en décrivant

un demi-cercle dont la cavité regarde en dedans. Ainsi agrandie et complétée par le ligament annulaire, la facette articulaire du cubitus forme maintenant un segment de cylindre creux, moitié osseux et moitié fibreux, qui est comblé par la tête radiale. Le ligament annulaire applique l'épiphyse radiale contre la cubitale. D'autre part comme sa circonférence inférieure disposée tout autour du col a un diamètre beaucoup plus étroit que celui de la tête radiale, il empêche celle-ci de se dégager par en bas de l'anneau ostéo-fibreux. Cette notion anatomique est capitale pour l'étude ultérieure de la lésion qui nous occupe.

A ce premier moyen d'union s'en ajoute un second, le ligament carré de Denucé lame fibreuse quadrilatère, allant du rebord inférieur de la petite cavité sigmoïde à la partie correspondante du col du radius.

La synoviale déborde inférieurement de 4 à 5 millimètres le bord inférieur du ligament annulaire en formant autour du col un cul-de-sac circulaire c'est le cul-de-sac péri radial.

Cette anatomie ainsi que les différents ligaments qui concourent au maintien et au renforcement de la capsule étant remémorés, nous allons passer en revue les différents mécanismes qui ont pu occasionner semblable affection.

En général elle se produit d'après le mécanisme suivant :

Traction vive sur le bras chez un enfant de 1 à 5 ans.

Cette traction vive peut se produire dans les différents cas suivants :

Un enfant est conduit par la main au côté de sa mère, survient un trottoir ou un escalier, on l'enlève en tirant sur son bras pour lui faire franchir l'obstacle ou la marche. A ce moment l'enfant pousse un cri, preuve de sa douleur et son bras retombe inerte le long du corps.

Ou bien l'enfant marche contre les jupes de sa mère, celle-ci le voit trébucher, elle le rattrape par le bras et le tire violemment.

Une autre façon de produire cette traction vive : c'est en voulant faire passer le bras à travers la manche d'une robe ou d'un tablier. L'observation résumée de Perrin relatée dans la thèse de Descamps, Paris 1876, est caractéristique à ce sujet. Elle montre en outre la facilité avec laquelle se produit la subluxation et la réduction, puisque cette subluxation s'est reproduite cinq fois dans l'espace de 4 ans chez une petite fille :

A 6 mois, à la suite d'une traction exercée sur la main par la mère pour faire passer son petit bras à travers la manche de sa robe, elle a une première luxation qui est réduite. Deux ans après deuxième luxation, la tête et le corps de la petite fille étant penchés en arrière, quelqu'un la retient par les mains en pronation. Réduction.

Dix-huit mois après, nouvelle luxation sans cause étiologique connue, Perrin réduit cette luxation et pose un bandage, mais on l'ôta et le lendemain la luxation se reproduisit en élevant son bras en l'air pour faire

admirer à sa mère combien elle était grande, la mère elle-même fait la réduction !

A la fin de décembre 1843, cinquième récidive pendant que l'on passait une robe à l'enfant. Réduction instantanée.

Voilà en somme les principaux cas qui peuvent produire cette lésion.

Quant au mécanisme exact de la lésion, il n'est pas absolument déterminé, bien que depuis plus d'un siècle bien des auteurs s'en soient occupés. Ce qu'il y a de certain c'est que le bras a subi une traction brusque. Mais dans quelle direction ? Est-ce une traction simple comme le voulaient Duverney et Fournier, ou faut-il y joindre un mouvement forcé de pronation comme l'ont dit Bottentuit et Goyraud ; une adduction de la main comme le croyait Pinel ! Il faut reconnaître avec Chassaignac que l'on ne peut guère préciser ces détails et que d'ailleurs la main, lorsque l'enfant est conduit dans la rue, est d'ordinaire en position moyenne de pronation. Peut-être cependant comme le dit Broca, faut-il dans l'attitude quelque chose de spécial, puisque sur la quantité incalculable d'enfants quotidiennement soumis à ce trauma un très petit nombre seulement subit la lésion.

Il est intéressant d'essayer de voir chez quels enfants et à quel âge se produit cette lésion. Se produit elle aussi plus souvent à droite qu'à gauche ou inversement ?

La plupart des auteurs, Chassaignac entre autres, dit que cette « torpeur douloureuse » siège indifféremment à droite ou à gauche. Or, d'après Broca à qui nous

empruntons les lignes suivantes, la fréquence est sûrement plus grande à gauche.

Voici d'ailleurs comment s'exprime Broca à ce sujet :

« Dans mes registres de consultations, depuis octobre 1892, je relève 208 cas de pronation douloureuse portant sur :

137 filles ;

70 garçons ;

et un cas où le sexe n'est pas désigné.

Sur 189 cas où l'âge est spécifié je trouve :

De 0 à 1 an.....	15 cas
— 1 à 2 ans.....	74 —
— 2 à 3 —	52 —
— 3 à 4 —	22 —
— 4 à 5 —	15 —
Au-dessus de 5 ans.. .	11 —

Pour le côté mes renseignements sont moins complets. Sur 208 cas il y en 78 où le côté n'est pas précisé, les 130 restants se décomposent ainsi :

A droite..	50
A gauche.....	80

Ces relevés sont assez nombreux pour que je sois en droit de déclarer inexacte l'opinion des auteurs qui avec Chassaignac considèrent le sexe et le côté comme indifférents.

D'abord quelle est la raison de la prédominance à gauche ?

La raison en est que la plupart des mères donnent la main droite a l'enfant qu'elles conduisent dans la

rue, lui prennent par conséquent la main gauche; et sur ce point j'ai fait quelques relevés statistiques.

En bloc, l'enfant est à la droite du conducteur dans la proportion de 2 contre 1.

Mais si on regarde ceux que conduit un homme on voit que c'est inexact : ceux-là sont presque toujours à gauche et d'autre part sont d'ordinaire, sauf le dimanche, des sujets âgés de plus de cinq ans. C'est avec la mère, allant au marché que sort la marmaille en bas âge : et les femmes du peuple dans ces conditions donnent la plupart du temps la main droite, parce qu'à gauche elles portent un paquet, soit le panier à provisions, soit le dernier né, qui ne marche pas encore, mais en dehors de ces conditions, d'ailleurs les femmes dans la rue, portent très souvent des paquets et la plupart du temps de la main gauche, pour garder libre la main droite.

Celle-là leur sert à tenir l'enfant, qu'on lâche au besoin pendant une emplette, ou une conversation, durant laquelle il se cramponne à la jupe de sa mère immobile.

Tandis que l'homme possesseur de poches dans ses vêtements, n'a pas besoin de s'encombrer de paquets et quand par hasard il mène promener le mioche, c'est la main gauche qu'il lui donne pour garder libre, le plus possible la droite de laquelle, d'ailleurs il tient assez souvent une canne.

Or, presque tous les enfants sont conduits dans la rue par des femmes, et voilà pourquoi la pronation douloureuse est plus fréquente à gauche qu'à droite, avec cependant, une prédominance moindre que ne le

ferait supposer ma petite statistique de promenade : cela tient à ce que, pour relever un enfant qui vient de tomber, on lui tend la main droite, mais on prend celle qu'il tend, et celle-là est je crois plus souvent la droite, d'autant plus que les droitiers tombent plus souvent sur le côté gauche plus faible, et dégagent moins vite la main gauche prise sous le corps.

Le côté n'a encore rien à voir dans l'affaire pour les cas où on produit les lésions en tirant sur les membres pour l'enfiler dans une manche d'habit. Les étiologies sont encore assez fréquentes et font forcément baisser le pourcentage de la prédominance à gauche.

Pour l'âge, je confirme ce qu'ont vu tous les observateurs, j'insiste sur la fréquence beaucoup plus grande d'un à trois ans, sur la décroissance rapide après quatre ans ».

Maintenant que nous savons comment se produit cette lésion, essayons de rechercher pourquoi elle se produit : En effet, journellement nous rencontrons dans la rue des enfants que leur mère tire violemment par le bras et heureusement pour ces enfants le nombre de ceux qui ont une subluxation est rare. Ne faut-il pas voir là dedans une prédisposition quelconque, soit héréditaire ou plutôt articulaire et ligamenteuse.

Si nous examinons les quatre observations qui sont à la fin de cette thèse, notamment l'observation I, II et III, nous remarquons qu'en explorant la mobilité du membre sain au niveau du coude pour le petit garçon de l'observation II, nous notons dans les mouvements du coude une amplitude un peu plus considé-

rable que normalement, que d'autre part il y a une légère laxité articulaire, de plus nous voyons aussi que cet enfant est un petit rachitique.

Chez la jeune fille de 16 mois de l'observation III la chose est encore bien plus caractéristique à l'exploration du coude sain, nous notons une mobilité articulaire anormale, ainsi qu'une grande laxité articulaire qui va jusqu'à permettre des mouvements de latéralité dans cette articulation.

Sans vouloir attacher trop d'importance à cette laxité articulaire et conclure que toujours il y a laxité lorsque la subluxation se produit, nous pouvons dire que la laxité articulaire est une cause prédisposante de cette affection, cause qui n'est pas à négliger puisqu'elle prédispose les enfants à une affection qui bien que bénigne est néanmoins très douloureuse et effraie en général énormément les parents.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de cette affection est des plus simple et surtout des plus caractéristique.

Par l'interrogation, on apprend que l'accident s'est produit par une traction brusque sur le bras ou bien en habillant l'enfant, le plus souvent les parents n'ont rien entendu d'anormal, quelquefois cependant, ils ont perçu un petit claquement caractéristique.

Aussitôt l'enfant qui auparavant était absolument bien portant et se servait de son bras, a refusé de le mouvoir, il s'est plaint et a crié et même pleuré, se plaignant de son bras.

A l'inspection, nous constatons des faits qui sont bien caractéristiques.

Le membre pend inerte le long du corps, dans la pronation, le pouce en dedans et le bras légèrement fléchi. L'épaule est un peu abaissée, mais il n'existe pas comme c'est la règle pour les fractures une douleur

suffisante pour que le petit malade soutienne de son bras sain son membre malade.

On ne constate en aucun endroit de déformation quelconque du membre, il n'y a ni ecchymose, ni empâtement, ni gonflement, choses qui se rencontrent toujours dans les cas de fractures ou de luxation de cette région.

Si nous prions alors le petit malade d'exécuter quelques mouvements avec son bras, le petit malade se refuse obstinément, soit à plier, soit à écarter son coude du corps, cependant les mouvements ne sont pas abolis; d'une part, l'enfant remue facilement les doigts, le poignet, d'autre part nous pouvons imprimer à son membre des mouvements. Les mouvements sont donc possibles et si l'enfant se refuse à les exécuter c'est qu'ils sont douloureux. En somme, perte des mouvements spontanés, alors que les mouvements communiqués sont possibles.

En constatant cette attitude jointe à l'absence de toute déformation, de tout signe extérieur, soit au niveau du poignet, du coude ou de l'épaule, vous êtes amené à palper le membre malade afin d'essayer si possible de localiser à un endroit donné la douleur.

Après avoir palpé rapidement le poignet, le bras et l'épaule et n'avoir constaté aucune douleur appréciable vous êtes tout naturellement amené à palper le coude. A ce moment l'enfant jette des cris, la mère elle-même vous dira que la fillette ou le garçon calme quand on le laisse tranquille pousse des cris et souffre dès qu'on lui passe une de ses manches de vêtement.

Si nous essayons de localiser d'une façon plus pré-

cise la douleur, nous constatons que les cris redoublent lorsque nous appuyons légèrement sur l'interligne articulaire radio-huméral.

Si nous nous efforçons d'aller plus avant dans notre palpation et de sentir s'il y a déplacement de la tête, soit en avant, soit en arrière, nous remarquons que cela est le plus souvent difficile, cela n'a d'ailleurs rien qui puisse nous étonner ; peut-on sentir avec précision la petite saillie cartilagineuse de la tête du radius qui se trouve caché sous sa capsule, sous les ligaments, sous des muscles épais et la peau ?

Dans les trois observations qui sont à la fin de cette thèse nous disons que nous sentons très nettement la tête radiale en avant, cela nous était rendu facile car surtout chez le jeune garçon de 20 mois (observation II), le membre était assez maigre, circonstance qui rend plus facile la palpation.

Malgré tout, la plupart du temps on arrive à sentir dans la portion antéro-externe du pli du coude une saillie qui n'est autre que la tête radiale qui est en subluxation.

En somme les symptômes de la pronation douloureuse sont faciles à percevoir et peuvent se résumer en quelques lignes :

Le bras pend inerte le long du corps, la main en pronation. On ne constate pas d'ecchymose, ni d'empâtement de la région du coude. Les mouvements sont très douloureux et à la palpation on sent la plupart du temps une saillie dans la partie antéro-externe du coude.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La palpation ne nous a pas permis de sentir quelles pouvaient être les lésions qui se produisent dans l'articulation radio-cubitale. Examinons les différentes théories anatomiques qui ont été émises pour expliquer cette affection.

Pour Denucé et Lefebvre qui, comme nous l'avons dit au commencement de cette étude a cru voir trois variétés dans la luxation radiale et qui s'est rangé pour les deux premiers cas à l'autorité du premier ; pour ces deux auteurs, dis-je, si l'on imprime à l'avant-bras des mouvements alternatifs de pronation et de supination, on voit que le ligament carré de Denucé père, s'enroule autour du col et en arrière dans la pronation, et en avant dans la supination.

Dans la pronation avec extension, abduction et abaissement par traction, son bord antérieur descend un peu au-dessous du bord inférieur correspondant

du ligament annulaire, et si chez un enfant, on insuffle la synoviale, on la voit faire hernie entre les deux ligaments.

Denucé croit que les choses se passent de même chez le vivant, si la pronation cesse brusquement, la partie herniée de la synoviale se trouve pincée, coincée entre les deux ligaments. De là, une douleur et une réaction inflammatoire légère de la synoviale.

Broca dans ses leçons cliniques de chirurgie infantile réfute ainsi ces hypothèses de Denucé et Lefebvre.

« D'abord, le gonflement notable des cas un peu anciens étant un signe d'irritation légère de la synoviale, pourrait se comprendre aussi bien en cas de subluxation qu'en cas de pincement.

En second lieu, est-il bien exact qu'il n'y ait rien primitivement et que le gonflement soit toujours secondaire et inflammatoire ? Je vais vous dire que ce n'est pas certain.

Enfin, et surtout, dans cette hypothèse, que serait le claquement que toujours j'ai perçu au moment de la réduction, au moment précis où se produisait un ressaut sous le pouce qui appuyait d'avant en arrière sur la région radio-humérale ?

Cela éveille invinciblement dans mon esprit l'idée d'un déplacement osseux que l'on réduit ; quand à la nature exacte de ce déplacement deux théories restent en présence l'accrochement de la tubérosité bicipitale et la subluxation de la tête radiale.

Bourguet, d'Aix, dans son mémoire établi sur 17 observations, s'est rallié à une théorie émise par

Gardner, par Rendu : par pronation extrême, la tubérosité bicipitale passe en arrière du bord externe du cubitus et ne peut revenir sans effort, d'où claquement observé à la réduction parce qu'entre les deux os s'interposent des fibres du court supinateur enroulés par la pronation autour du radius.

Ce mécanisme est bon à spécifier, car vous pourriez lire dans une leçon de M. de Saint-Germain, que Bourguet incriminait un diastasis de l'articulation radio-cubitale supérieure, ce qui n'a rien à voir avec la question.

L'opinion de Bourguet est en quelque sorte très défendable. Je lui objecterai cependant le siège de la douleur localisée sur l'interligne radio-humérale, le claquement bien plus en rapport avec une coaptation articulaire qu'avec le dégagement d'une tubérosité bicipitale capitonnée par un muscle ; l'augmentation parfois constatée du diamètre antéro-postérieur du coude en dehors, l'absence de preuve qu'une pronation forcée ait eu lieu lors de l'accident.

Le plus vraisemblable toujours d'après M. Broca, c'est la subluxation du radius, possible en avant par traction avec pronation, en arrière par traction avec supination, ce dernier cas étant dans l'espèce douteux ou tout au moins rare.

Pour trancher les difficultés, nous avons songé à la radiographie, mais nous n'en avons rien obtenu.

Comme d'autre part, il n'y a pas et qu'il n'y aura jamais d'autopsie probante, nous en restons à l'hypothèse et celle d'une subluxation radiale est à mon sens la plus vraisemblable, parce que cela seul

cadre avec l'augmentation quelquefois constatée immédiatement du diamètre antéro-postérieur. Chassaignac objecte qu'il n'y a pas d'ecchymose : y en a-t-il dans la luxation en avant de la mâchoire ?

On ne peut sentir avec précision l'os déplacé en avant : est-ce étonnant pour une petite saillie cartilagineuse et mousse cachée sous des muscles épais ?

Et par contre, on a la sensation très nette que quelque chose file d'avant en arrière sous son pouce qui appuie, quand à un moment donné de la supination on perçoit un claquement caractéristique de la réduction.

Maintenant que nous avons démontré l'existence de cette subluxation, nous pouvons nous demander quelle est la cause qui maintient ainsi ce déplacement partiel de la cupule cartilagineuse de la sphère lisse du condyle ?

Broca a cherché cette question et pense qu'il existe une disposition anatomique spéciale osseuse ou ligamenteuse qui intervient comme dans les luxations de la mâchoire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT-PRONOSTIC

Après avoir passé en revue l'étiologie et la symptomatologie de cette affection, il ne nous reste plus qu'à parler du Pronostic et du Traitement.

Le pronostic est, comme on a pu s'en rendre déjà compte, tout à fait bénin, la lésion même abandonnée à elle-même, guérit le plus souvent en peu de jours par réduction spontanée, réduction qui se fait le plus souvent soit inconsciemment par le petit malade lui-même, à l'occasion d'un mouvement un peu brusque de supination, soit par la mère qui en regardant où son enfant a « bobo » réduit sans s'en douter la subluxation — en tout cas si l'on n'intervient pas, il peut se faire que la réduction se produise, mais il persistera le plus souvent un peu d'endolorissement du coude pendant quelques jours – endolorissement qui disparaît lui-même à son tour. Au contraire, si l'on applique le trai-

tement que nous allons exposer un peu plus loin la guérison est toujours instantanée et complète.

En somme pronostic bénin — tout au plus pourrait-on objecter qu'il y aura plus facilement récidive — la lésion et le relâchement synovial s'étant produit une fois, aura peut-être plus de commodité pour récidiver. En effet, nous avons cité au début de cette thèse une observation de Perrin, qui montre avec quelle facilité la récidive peut avoir lieu, puisque chez la même jeune fille et à l'occasion de mouvements bien différents, la récidive s'est produite.

Quoi qu'il en soit et même en cas de récidive, et cette observation le montre bien, le pronostic est bon et ne représente rien qui puisse entraver les mouvements ultérieurs du membre.

Différents modes de traitement ont été proposés la plupart de ces traitements découlent des idées pathogéniques des auteurs qui se sont occupés de la lésion.

Malgaigne dans son traité sur les fractures et les luxations emploie le moyen de réduction suivant :

Il embrasse le coude d'une main, le pouce appliqué sur le radius au pli du coude près de l'insertion du biceps, de son autre main il empoigne l'avant-bras près du poignet et le ramène de vive force en supination en même temps qu'il presse sur la tête radiale puis il fléchit le coude.

Chassaignac conseille la simple mise du bras en écharpe avec un peu d'ouate autour du bras, et dit-il, toujours les choses s'arrangent ainsi en deux ou trois jours, jamais plus d'un septénaire.

A la même opinion se rangent les auteurs suivants tels que : Brunon, de Rouen, Bezy, de Toulouse.

Broca lui s'élève avec force et avec justice contre ce mode de traitement ou ce qui serait plus juste de dire contre cette non-intervention, c'est moins dans l'intérêt de l'enfant qui, en effet guérit toujours seul en quelques jours que dans le nôtre. Voyez ce qu'une famille pensera de vous si, après que vous aurez conclu à l'abstention, un autre médecin, mieux instruit, rend séance tenante, au bras impotent douloureux une indolence parfaite et des mouvements complets.

Pour nous, voici ce que nous conseillons de faire. Nous saisissons le poignet du membre malade et nous portons l'avant-bras dans l'extension. Imprimons lui alors un brusque mouvement de supination en même temps nous le fléchissons et que nous appuyons d'avant en arrière sur la tête radiale.

A un moment donné nous sentons un obstacle à la supination, obstacle que nous forçons très facilement en même temps, nous percevons très distinctement un claquement spécial, sourd, analogue à celui qu'on perçoit lorsqu'on réduit une luxation.

Cette manœuvre une fois accomplie, s'assurer du libre mouvement du membre en même temps que l'on ne constate plus aucune douleur.

Cette réduction réussit toujours admirablement et la plupart du temps tous les symptômes disparaissent complètement.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Communiquée par M. le Professeur Frœlich

12 septembre 1904.

L... K..., petite fillette de 2 ans 1/2, qui est bien constituée ; elle n'a pas eu de maladie. La sœur aînée voulant la faire monter sur un banc de jardin, où elle se trouvait, la soulève par le bras droit.

La petite fille pousse un cri et se plaint vivement de douleur dans le bras. L'enfant pleure constamment, sa sœur voulant se rendre compte où elle a mal lui tâte le bras et lui fait pousser de nouveau des cris.

Quatre heures après cet accident, l'enfant est amené à M. Frœlich qui palpe son poignet, son épaule et sa clavicule, et ne provoque pas de douleur. Au contraire, la pression sur le coude est très douloureuse et provoque des cris. Le bras pend inerte le long du corps, en pronation, les doigts remuent facile-

ment et sans douleur. Le coude est légèrement gonflé, mais on ne constate pas d'ecchymose.

Ce gonflement est dû à une légère saillie en avant dans le pli du coude, cette saillie est la tête du radius. Celui-ci est modifié légèrement dans sa direction. Il s'agit d'une subluxation du radius en pronation douloureuse.

On palpe alors le coude sain et on y constate que les mouvements de latéralité et d'extension sont légèrement plus amples que normalement. Il y a donc un peu de laxité articulaire.

On fait alors la réduction. On saisit le poignet droit de la main gauche, on porte l'avant-bras dans l'extension. A ce moment, le pouce de la main droite appuie sur la saillie. On porte le bras en supination, puis en flexion, à ce moment on perçoit un craquement caractéristique, la saillie fuit en même temps sous le doigt.

Aussitôt l'enfant peut faire des mouvements de flexion, de supination et de pronation sans douleur. Le membre a repris sa mobilité normale.

OBSERVATION II (inédite)

Communiquée par M. le Professeur Frœlich

3 juin 1908.

M... S..., petite fillette de 3 ans, bien constituée, n'a aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel.

Le soir, la mère en la couchant, la soulève par les deux bras, à ce moment l'enfant crie et aussitôt elle se plaint de ne plus pouvoir soulever son bras gauche. La mère n'attache pas grande importance à ces douleurs et la fillette s'endort et passe une nuit tranquille.

Le lendemain, la fillette se plaint de son bras gauche, la mère cette fois fait appeler un médecin, celui-ci constate que le bras pend inerte le long du corps, que le bras ne peut bouger sans douleur, néanmoins les doigts sont mobiles. Dès qu'il veut l'examiner l'enfant crie. M. le Professeur Frœlich est appelé en consultation, il constate à son tour les mêmes faits. Il n'y a pas de déformation du bras, pas de gonflement ni d'ecchymose, le bras pend le long du corps en pronation. Il palpe la clavicule, l'humérus, le poignet, ne constate rien, mais dès qu'il touche le coude, l'enfant de nouveau se met à crier. A la palpation du coude, il sent une très légère saillie de la tête radiale, en avant cette saillie est très douloureuse. Tout en examinant cette saillie, il presse dessus en fléchissant le bras, la saillie disparaît et on entend très nettement un craquement. Les mouvements du coude sont alors possibles, sans douleur. La palpation cependant reste et restera encore 2 ou 3 jours douloureuse, l'enfant se sert de son bras comme auparavant.

Le 15 juillet 1910, cette fillette est ramenée à M. le Professeur Frœlich avec le diagnostic de fracture. Celui-ci constate non pas une fracture mais une récidive de subluxation qu'il réduit de suite.

L'enfant reprend instantanément l'usage de son bras gauche.

OBSERVATION III (inédite)

Communiquée par M. le Professeur Frœlich
9 mai 1910.

X..., jeune garçon de 20 mois. Comme antécédent héréditaire, a une sœur coxalgique. Comme antécédent personnel, léger degré de rachitisme.

Sa mère le soulève brusquement par le bras gauche, l'enfant pousse des cris et sa mère effrayée constate qu'il ne peut se servir de son bras gauche lequel pend le long de son corps, cependant les mouvements des doigts sont normaux.

M. le Professeur Frœlich appelé, constate que le membre gauche pend le long du corps, les mouvements sont douloureux, pas d'ecchymose ni de gonflement, le coude est en pronation, le pouce contre la cuisse.

Le sujet étant maigre, il est facile de constater la direction du radius et de sa tête, qui est nettement perçue en avant de la luxation, le bras à ce moment est mis en flexion, le pouce appuie d'avant en arrière sur la tête radiale, le bras est alors mis en flexion avec supination, à ce moment on perçoit un craquement et la tête du radius n'est plus perceptible. De suite, l'enfant remue son coude sans douleur, on lui présente un bonbon qu'il porte de suite à sa bouche sans accuser la moindre gêne ni douleur.

A l'inspection du coude sain, on constate que les mouvements articulaires sont plus amples que normalement et qu'il y a de la laxité articulaire.

OBSERVATION IV (inédite)
Communiquée par M. le Professeur Frœlich
19 mai 1910

Z..., petite fille de 16 mois, légèrement rachitique, pas d'antécédents héréditaires, sauf une tante qui est scoliotique. Elle est amenée par un médecin à M. le Professeur Frœlich chez qui les parents au moment de l'accident l'avait conduite.

Voici ce qui s'était passé :

La bonne conduisait cette petite fille par la main pour lui faire franchir un trottoir, elle la tire brusquement par le bras gauche, l'enfant aussitôt jette des cris, pleure ; la bonne affolée se sauve, les parents constatant que leur bébé ne peut remuer le bras, la conduisent chez le médecin (3 heures après l'accident). On ne constate aucune ecchymose, ni aucun gonflement, pas de déformation, le bras pend inerte, le long du corps légèrement en pronation.

Pas de lésion de la clavicule, ni de l'humérus, ni de la main qui est mobile, on mobilise aussi le bras et l'avant-bras, mais ce dernier mouvement est très douloureux. En palpant le radius on se rend très nettement compte, qu'il existe à la partie antéro-externe du pli du coude une légère saillie, c'est la tête radiale qui est subluxée en avant.

En pressant sur cette saillie en même temps que l'on plie le bras et qu'on le porte en supination, on entend un léger craquement, indice de la réduction, en même temps on sent la tête radiale fuire sous le doigt.

A partir de ce moment l'enfant cesse ses cris et tous ses mouvements sont libres et non douloureux. En examinant la jointure du côté opposé, on constate de la laxité articulaire et des légers mouvements de latéralité du coude.

OBSERVATION V (inédite)

In thèse LEFEBVRE, Lille 1904, p. 51.

V... Virginie se présente le 18 octobre 1901, à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine de Padoue, à la suite d'une traction brusque sur le poignet gauche pour la soulever, son avant-bras est demeuré complètement impotent, elle pousse des cris aussitôt qu'on veut y toucher.

Aucune tuméfaction locale bien que l'accident date de 24 heures. On sent la tête du radius qui paraît déplacée légèrement en avant.

On saisit le bras et l'on fait la réduction, on sent un craquement, aussitôt l'enfant fait des mouvements.

OBSERVATION VI (résumée)

In thèse LEFEBVRE, Lille 1904, p. 52.

Marie X..., 2 ans, se présente à la consultation des enfants en mars 1904. Hier, à midi, elle a été tirée par le bras gauche par son père. Aussitôt cris, impotence du membre, douleur au niveau du coude, aucune déformation, attitude demi-extension et pronation.

Réduction, mobilité spontanée consécutive.

OBSERVATION VII (résumée)

In thèse LEFEBVRE, Lille 1904, p. 52.

X... Peters, 2 ans, a été tiré par le bras gauche, par sa mère qui voulait le prendre à bras, l'enfant crie. A l'examen le bras est inerte, le petit garçon pousse des cris quand on veut lui bouger. Aucun gonflement, l'accident date de 24 heures. La tête du radius

ne paraît pas bouger de place, peut-être est-elle un peu en avant. La position exacte de l'avant-bras est une très légère flexion et pronation.

Réduction et l'enfant reprend ses mouvements.

OBSERVATION VIII (résumée)

In Collier. *Gazette médicale.* Paris, 1837

Enfant de 2 ans 1/2 saisi par les poignets et enlevé du sol. Depuis, il ne peut lever les bras et crie si on le touche. La tête radiale dépasse légèrement la face antérieure de l'humérus. Réduction facile, instantanément le membre reprend sa mobilité.

OBSERVATION IX (résumée)

In Cuniot. Thèse Lyon, 1893

Enfant de 4 ans qui s'amuse avec son aîné qui le soulève, cris de l'enfant qui se plaint de son coude gauche, rien à droite. Impotence du membre qui est en pronation. Supination douloureuse. Réduction avec claquement que les parents localisent au coude. Retour immédiat des fonctions.

CONCLUSIONS

1° Les affections connues en chirurgie infantile sous le nom : d'eslongation, de paralysie douloureuse, de torpeur éphémère, de luxations incomplètes, de pronation douloureuse des jeunes enfants, sont une seule et même maladie.

2° Cette affection se produit chez des enfants de 1 à 5 ans par traction vive sur l'avant-bras.

3° La lésion ainsi produite est une subluxation du radius.

4° Le pronostic est tout à fait bénin.

5° Le traitement consiste à mettre le membre dans l'extension, puis à le porter en supination, en même temps, on le fléchit et on appuie d'avant en arrière sur la tête radiale.

Vu :
Nancy, le 9 Juillet 1910.
Le Président de Thèse,
WEISS.

Vu :
Nancy, le 10 Juillet 1910.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 15 Juillet 1910.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Malgaigne. — Traité des fractures et des luxations, 1855, p. 645.

Broca. — Leçons cliniques de chirurgie infantile, 1905, p. 325.

Fournier D. — Economie chirurgicale, 1671, p. 250.

Poulet et Bousquet. — Traite de pathologie externe, t. III, p. 749-752.

Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe, tome III, p. 300.

Alix. — Etude sur les effets des tractions et torsions exercées sur la main et l'avant-bras des enfants. Paris 1862.

Rendu. — Gazette Médicale, 1841, p. 301.

Goyraud. — Ann. Chirurgie, 1842, t. V., p. 129.

Streubel. — Prayer Viertel jahrsschrift, 1850. B. I et II.

Bourguet. — Rev. Méd. et Chirurgie, 1854, t. XV, p. 287.

Perrin. — Rev. Med. et Chirurgie, t. V., p. 145.

Littre et Robin. — Dict. de médecine, p. 1478.

Frigaux. — Luxat. de l'extrémité supérieure du radius. Thèse Paris, 1897.

Boularau. — Luxat. en dehors de l'extrémité sup. du radius. Thèse Paris, 1875.

Lebard. — Pseudo paralysie des jeunes enfants. Thèse Paris, 1877.

Galatti-Demetrio. — Anjou médical, 1903.

Jamain. — Pathologie chirurgicale, 1867, t. I, p. 471.

W. Roser. — Manuel de chirurgie anatomique, 1872, p. 682.

Fano. — Traité de chirurgie, 1869, t. I, p. 515.

Testut. — Précis d'anatomie humaine, 1908, p. 129.

T. Piechaud et Denuce. — Précis chirurgie infantile, 1908, p. 773.

Tillaux. — Chirurgie clinique, t. I.

Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Le Dentu et Delbret. — Traité de chirurgie clinique, t. II et t. III.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, t. V.

Daryau. — Gazette médicale, Paris 1841, p. 505.

Frœlich. — Etudes de chirurgie infantile.

J. Hennequin. — Luxation des grandes articulations, 1908, p. 179.

Schwartz. — Chirurgie du membre supérieur.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, 1900, t. I, p. 651.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 5

Introduction. — Division du sujet 9

Chapitre I. — Définition 11

Chapitre II. — Historique. 15

Chapitre III. — Etiologie 21

Chapitre IV. — Symptomatologie 29

Chapitre V. — Anatomie pathologique 33

Chapitre VI. — Traitement. Pronostic. 37

Chapitre VII. — Observations. 41

Conclusions. 49

Index bibliographique 51

Imprimerie Albert Barbier, 4, quai Choiseul, Nancy